



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

嬰兒期：2個月

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes No

- Vocalizes.
- Smiles responsively.
- Follows to mid line.
- Responds to sounds.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or on even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



健康兒童體檢 - 嬰兒期：2個月 WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS

日期

嬰兒期：2個月

由家長填寫兒童的情況	兒童姓名	兒童由誰帶來：	出生日期																																													
	過敏症	目前用藥																																														
	自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂			今天我有一個不明白的問題，關於：																																												
	是 否		是 否																																													
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
我的寶寶睡覺正常。		我的寶寶能發出咕咕的聲音。																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
我的寶寶吃東西與吃奶正常。		我的寶寶俯臥時能抬起頭。																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
我的寶寶能看見東西和聽見聲音。		我不經常感到悲傷。																																														
體重 千克 / 盎司 百分比	身高 厘米/英寸 百分比	頭圍 百分比																																														
<input type="checkbox"/> 系統審核	<input type="checkbox"/> 家族健康史審核																																															
<p>檢查： 正常 不正常</p> <p>聽力檢查 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>視力檢查 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>發育：請勾劃出您感到擔心的方面</p> <p>適應/認知 語言/交流溝通</p> <p>大的肌肉運動 社交/情緒</p> <p>細致的肌肉運動</p> <p>行為 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>心理健康 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>身體：</p> <table border="0"> <tr> <td>整體外觀</td> <td>正常 <input type="checkbox"/></td> <td>不正常 <input type="checkbox"/></td> <td>正常 <input type="checkbox"/></td> <td>不正常 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>皮膚</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>頭部/齒門</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>眼睛/紅色反射測試</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>耳朵</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>鼻子</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口咽</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>頸部</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>淋巴結</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>請說明異常發現，並請加以評論：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				整體外觀	正常 <input type="checkbox"/>	不正常 <input type="checkbox"/>	正常 <input type="checkbox"/>	不正常 <input type="checkbox"/>	皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頭部/齒門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼睛/紅色反射測試	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	耳朵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鼻子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口咽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	淋巴結	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整體外觀	正常 <input type="checkbox"/>	不正常 <input type="checkbox"/>	正常 <input type="checkbox"/>	不正常 <input type="checkbox"/>																																												
皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
頭部/齒門	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
眼睛/紅色反射測試	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
耳朵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
鼻子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
口咽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
淋巴結	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
飲食 _____																																																
排洩 _____																																																
睡眠 _____																																																
<input type="checkbox"/> 審核免疫記錄		<input type="checkbox"/> 其他：_____																																														
<p>保健教育：(勾劃所有已討論過/已發過相關資料的項目)</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭生育計劃 <input type="checkbox"/> 安全 <input type="checkbox"/> 仰臥睡覺</p> <p><input type="checkbox"/> 發育 <input type="checkbox"/> 嬰兒床安全 <input type="checkbox"/> 搖嬰症</p> <p><input type="checkbox"/> 嬰兒親附性 <input type="checkbox"/> 喂食/急腹痛 <input type="checkbox"/> 發燒</p> <p><input type="checkbox"/> 被動吸煙 <input type="checkbox"/> 不在牀上用 <input type="checkbox"/> 托兒</p> <p><input type="checkbox"/> 奶瓶喂奶</p> <p><input type="checkbox"/> 適當的嬰兒車座 <input type="checkbox"/> 產後憂鬱症</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p>																																																
<p>評估/計畫：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																
已完成的免疫接種																																																
轉介																																																
下次檢查：4個月		保健服務機構名稱																																														
保健服務機構簽名		保健服務機構地址																																														

2個月小寶寶的保健

重要標誌

小寶寶在2至4個月期間的生長發育。

在趴著時，將頭和肩膀抬起。

在您和她說話時，會微笑。

會發出類似您向他發出的聲音("aaaaa", "eeeeee")。

喜歡發響聲的玩具，如撥浪鼓和會發響聲的小玩具。

握住自己的手和腳。

試圖用手握住小玩具。

您可以在與您的小寶寶玩耍時幫助她學會新技能。

若需要幫助或詳細資訊，請電

兒童保健與發育、免疫：健康母親、健康寶寶資訊和轉介專線

1-800-322-2588（留言）或

1-800-833-6388（TTY中繼轉發）

母親上班後的哺乳：健康母親、健康寶寶資訊和轉介專線（電話號碼列在上面）

若您對小寶寶感到沮喪而需幫助：

家庭幫助專線，1-800-932-4673。

若您對自己孩子的保健有不懂的問題：

請與您的小寶寶的醫生或護士交談。

子女教養技巧或支持：

家庭幫助專線

1-800-932-HOPE (4673)

西北地區家庭服務資源

1-888-746-9568當地社區學院課程

保健須知

“健康兒童”體檢幫助保持您孩子的健康。盡量不要錯過這些檢查。否則應打電話再次預約。

把小寶寶的免疫記錄卡妥善保存好，並在前往所有體檢時都帶上。若您對免疫有不懂的問題，與您小寶寶的醫生或護士交談。

母乳或嬰兒喂養奶中含有這一年齡的小寶寶生長所需的全部營養。幼嬰很少需要水。不要給這一年齡的小寶寶喂果汁。當她渴或餓時，她需要母乳或嬰兒喂養奶中的營養。

在您上班後仍可繼續喂母乳。有關上班後哺乳的詳情，請電健康母親、健康寶寶資訊。

有時小寶寶會吃得比其他時候更頻繁。這說明她在更快地成長。

讓小寶寶遠離吸煙的人。吸煙會使小寶寶患感冒和哮喘。

繼續讓小寶寶仰臥入睡，以減少嬰兒猝死症發生的機會。要保證其他的祖父母和看護人也將他仰臥放置入睡。

子女教養須知

當您和小寶寶在一起時，對他說話，唱歌給他聽，注視他的眼睛。這有助於他明白您愛他，也有助於他的大腦發育。

安全須知

預防燙傷：

- 在給小寶寶洗澡前，應檢查以確定洗澡水是溫和的。
- 在抱她時，不要同時喝熱咖啡、茶或其他飲料。
- 不要讓她晒太陽。應給她戴上有沿的帽子並穿上蓋住胳膊和腿的衣服。